

A preszucidális szindróma felismerése. Krízisintervenció.

Veress Albert

Megyei Sürgősségi Kórház Elmeosztálya, Csíkszereda

Recunoașterea sindromului presuicidal. Intervenția în criza suicidală

Autorul trece în revistă fenomenul suicidal din județul Harghita pe o perioadă de 10 ani, jalonând multiplele posibilități de recunoaștere a sindromului presuicidal RINGEL, căutând posibilități de diminuare a ratei suicidale și perfecționarea intervenției în criza suicidală. Afirmă tranșant necesitatea recunoașterii acestui sindrom la nivelul cabinetelor medicilor de familie, făcând în același timp referire și la dificultățile și motivele nerecunoașterii frecvente a simptomelor premonitorii.

Cuvinte cheie: suicid, recunoaștere și prevenție, intervenție în criză.

Recognizing the Presuicidal Syndrome. Crisis Intervention.

The author makes an evaluation of the suicidal phenomenon in Harghita County over a period of 10 years, pinpointing the numerous recognition possibilities of the RINGEL presuicidal syndrome, looking for ways to diminish the suicidal incidence and to intervene in case of a crisis. Firmly underlines the necessity for general practitioners to be able to recognize the syndrome in their surgeries, and mentions the difficulties and reasons why it is frequently not recognized in due time.

Key words: suicide, recognition and prevention, crisis interventio

Orvostudományi Értesítő, 2008, 81 (2): 125-130

www.orvtudert.ro

Többségünk számára ismert adatokat sorolok: egészségünk 40-43%-át befolyásolja életmódunk, életformánk, életminőségünk, 19%-át az a társadalom és az a világ, amelyben élünk, 27%-át pedig a genetikánk. Mindössze 11% múlik az egészségügyön. Nagy gondunk az, hogy Romániában (is) ezen a 11%-on akarják behajtani a többi 89%-ot. Számadati bizonyíték tehát, hogy egészségünk terén, nekünk, egészségügynek csupán 11% a szerepünk [8].

Miért jelent különös gondot az öngyilkosság Hargita megyében? [6]

Mert: évtizedek során a megye az öngyilkos halálozás országos éllovasa volt: 4. helyen 1990-ben 18,82‰-el, 2. helyen 1991-ben (23,41‰) majd első helyre tornázta fel magát 1992-1998 között 26,65-47,18‰-es mutatóval.

1998-hoz viszonyítva következtek egy csökkenő ugyan, de egészében véve még mindig magas értékeket mutató évek: 2000-ben 33,88. 2001-ben 32,84‰. 2002-ben 36,17, 2003-ban 34,33, 2004-ben 31,88, 2005-ben 36,78 majd 2006-ban 33,71‰.

Figyelembe véve a természetes szaporulat fokozatos csökkenését, amely 1992 után kitartóan negatív értékeket mutat (1. táblázat), társítva eme adatokhoz a lassan de állandóan növekvő természetes halálozási rátát (2. táblázat), fokozottabban kell odafigyelnünk az öngyilkossági halálozás számárnyos csökkentésére, a megelőzési lehetőségek kiaknázására, az öngyilkossági jelenség visszaszorítására.

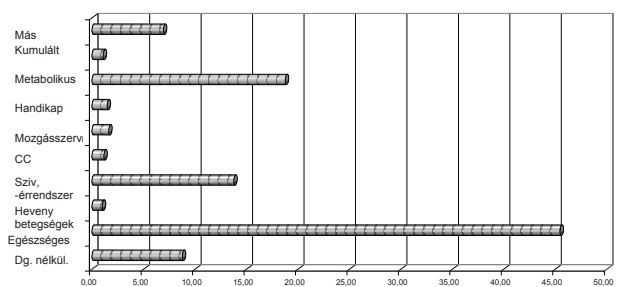
1. táblázat. Természetes szaporulat Romániában: (‰/‰)

1934	1964	1967	1969	1989	1991	1992
14,8	7,1	18,1	13,2	5,3	1,0	-0,2
1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
-0,60	-0,80	-1,60	-2,50	-1,90	-1,50	-1,40
2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
-0,90	-1,80	-2,70	-2,50	-1,90	-1,90	-1,80

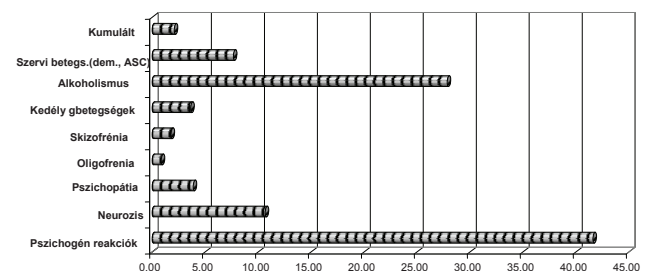
Sokkoló hatású az egészséges személyek 45%-os aránya az öngyilkos halottak között. Fájdalmas szám ez: életévek kerülnek időnap előtt sírba!

Összehasonlítva a szív-érrendszeri valamint az anyagcsere eredetű betegségek arányát a daganatos betegségekével (1. ábra), a fejlett országokkal ellentétben sokkal alacsonyabb az utóbbiak aránya. Függvénye ez az eredmény a daganatos betegségek alul kórismezésének avagy egy eredményesebb pszichológiai kezelés, jobb orvos-beteg kapcsolat, palliatív hozzáállás eredménye lenne?

Meglepő a pszihogén reakció, alkoholizmus és organikus agyi elváltozások magas aránya az affektív betegségek ellenében (2. ábra). Elütő minta ez a nemzetközi adatokhoz viszonyítva. Sikere lenne e jelenség a meredek ívben felszökkenő antidepresszáns szerek felírásának, használatának? A családorvosok és szakorvosok körében végzett depresszió



1. ábra. Halálozási arány és szomatikus kórok (%)



2. ábra. Halálozási arány és elmebetegségek (%)

2. táblázat. Természetes halálózási ráta Romániában és Hargita megyében

	ROMÁNIA		HARGITA	
	Meghaltak száma	%	Meghaltak száma	%
1964	152 476	8,1	----	----
1967	179 129	9,3	----	----
1968	188 509	9,6	2739	9,5
1969	201 225	10,1	2923	10,0
1989	247 306	10,7	3735	10,3
1997	279 315	12,4	4151	12,1
1998	269 166	12,0	3967	11,6
1999	265.194	11,8	3960	11,4
2000	255.820	11,4	3561	10,4

felismerést és helyes kezelést célzó ismeretfrissítő képzések sorának?

Tekintettel az akasztásos elkövetés messzemenően vezető helyen levő arányára, eme elkövetési lehetőség legtöbbször biztos módszerére (3. ábra), alig marad esélyünk e cselekedetek megakadályozására, az elkövetők megmentésére. Rémálmot jelentő zátonya e módszer mindazoknak akik cselekvően ki akarják venni részüket a jelenség visszaszorításában.

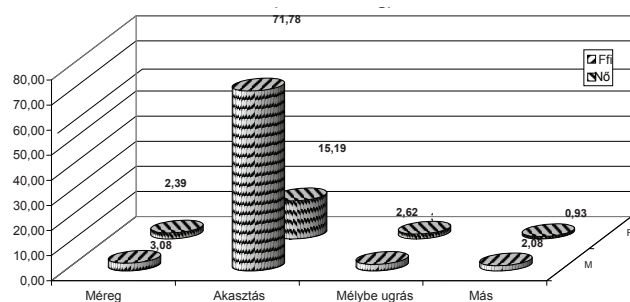
Tagadhatatlan tények körvonalazódtak:

- a magyar lakosság 2,42-szer magasabb öngyilkossági halálózása,
- legveszélyeztetettebbek a magyar férfiak, legkevésbé a román nők,
- az öngyilkossági halálózás növekedését elsősorban a magyar lakosság halálózása idézte elő (4. ábra).

Miért követnek el öngyilkosságot az emberek? [6]

E kérdésre nem tudunk határozott választ adni. A megközelítés többirányú! Betegség eredménye-e az öngyilkosság vagy egy alkalmazkodási, kommunikációs, esetleg tanulási képtelenség? Egyfelől az öngyilkosság egy szabadon választott döntés, másfelől egy pszichés trauma következménye. Mindkét lehetőség adott!

Minden kísérlet vészjel is egyben: jellemhibát jelezhet. A

**3. ábra.** Halálózás és öngyilkossági módszerek (%)

megelőzés, erőfeszítéseink komoly próbaköve! Az elkövető nem meghalni akar, inkább jelez hogy ÍGY nem tud már élni. ÍGY nem érdemes!

Együtthatásnak van kitéve: létét a közte és a többiek között létező viszony határozza meg, amelyből a maga számára a boldogtalanság, sikertelenség, mellőzöttség és megvetés érzését szűri le. Lelke emiatt fájdalommal telítődik, magánya elefántcsonttoronyába zárkózik nehogy a találkozások reményből ismét sikertelenségekbe torkoljanak.

Mit súgnék neki ha mellette lehetnék? [1]

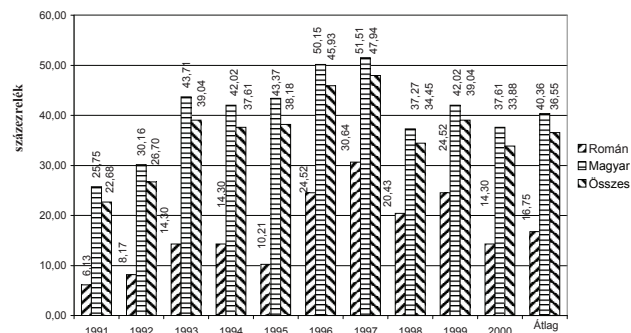
Fogadd el olyannak a világot, amilyen, az embereket olyanoknak, amilyenek, mint ahogyan magadat is olyannak szeretnéd elfogadtatni, amilyen vagy. Hagyjál fel az előítéletekkel, eleve teljesíthetetlen elvárásokkal. Kinyújtom íme feléd segítő kezeimet, fogadd el azokat! Két csoportba sorolható olyan mesterfogásokkal ruházzak fel, amelyeket beépítve szokásrendszeredbe, segíthetnek megtalálni az alagút végét:

1. elfogadás, 2. gondolat és érzélem elterelés.

ELFOGADÁS: fogadd el a többieket és önmagad is olyannak amilyenek vagytok. Külön-külön de egymáshoz is viszonyítva. Ez egy intellektuális folyamat, egy analízis készség, amelyet könnyebben elsajátíthatasz ha szüntelenül ismételteted magadnak a következő állításokat:

- így kellett ennek lenni,
- az események összessége hozott ebbe a helyzetbe, nemcsak egyesek azok közül,
- értelmetlen dolog a múlttal való küszködés,
- a megtörtént dolgokkal való túlzott foglalkozás eltereli figyelmemet a máról,
- csak a jelent ellenőrizhetem,
- a jelen pillanat a tökéletes még akkor is, ha az nekem nem tetszik,
- ez a pillanat éppen az aminek lennie kell ha figyelembe vesszük a múlt történéseit,
- a mostani történés olyan döntések következménye, amelyeket nem befolyásolhattam.

Ne legyél túlzottan kritikus a történésekkel szemben. Összpontosíts a bekövetkező eseményekre, de fogadd el azokat olyannak, amilyenek, igyekezz alkalmazkodni és örülni azoknak (VIGYÁZAT: NEM MEGÖRÜLNI azok-

**4. ábra.** A halálózás megoszlása nemzetiségek szerint

tó!). Haladj szélirányban az eseményekkel, ne szél ellenében!

ELTERELÉS: tereld el gondolataiddal, érzéseidet, figyelmedet az önpusztító gondolatoktól, érzésektől, amelyek fájdalmat, szenvedést okozhatnának neked. Jól tudom: szenvedni akarsz, mert csak így tudsz felszabadulni a sorozatos megalkuvások, sértések, megalázások, magány, visszautasítások terhétől.

Önsértő fájdalom helyett egy játékosabbat ajánlok neked, amellyel elterelheted figyelmedet úgy, hogy egyidőben ezzel nyugalomra, felszabadulásra lehetsz:

- önsértés helyett markolj meg és erővel szoríts tenyeredbe egy jégkockát. A hideg érzése meg fog nyugtatni!
 - egy piros markerrel rajzolj vonalakat oda, ahol sebezni akartad magad. Egy fekete markerrel a piros vonalak fölött tegyél úgy, ahogyan a sebző szerszámmal tettél volna. Ha nem nyugtatna meg, egyidőben szorítsd markodba a jégkockát is.
 - csuklód köré szoríts erősen egy piros szalagot mintha elvágta volna a csuklódát és véreznél. Egy idő után a szorítás már fájdalmat fog okozni, de nem sebez. Ha megnyugodtál, oldd fel a szorítást.
 - labdával, párnával vagy összegöngyölt zoknikkal dobáld a falat, amilyen erővel csak teheted.
 - amilyen hangosan csak tudsz, ordíts lelki fájdalmadat szájadra szorított párnába. Elfojtja a hangot és megnyugtat.
 - önsértés helyett szurkálj gombostűvel egy rongybabát.
 - mindazoknak akik megsértettek írd levelét. Írd ki magadból mindazt ami fáj. Majd tépd el a papírt vagy tedd el azokra az időkre, amikor már nevetni tudsz azokon a sértéseken.
 - rajzold meg azok arcképét akik megsértettek majd mond el azt nekik ami lelkedet nyomja, vagy üsd, tépd széjjel a rajzot, ahogyan azt indulataid diktálják (hányszor láttuk gyerekeinket így tenni!).
 - koncentrálj egy olyan helyzetre, helyre, amelyben és ahol egy olyan személlyel szeretnél lenni, akire nagyon vágysz.
 - emlékezz valami kellemesre, csukott szemekkel teleportáld magad abba a helyzetbe, arra a helyre. Ne láss, ne hallj semmit amíg az a kép valóssá nem válik.
 - szagolj valami kellemeset, gyűjts meg egy illatos pálcikát és fantáziád szárnyain hódítsd meg életed addig meghódíthatatlan teremtményét.
 - hallgass nyugtató zenét, a természet hangjait utánzó felvételeket. Madárcsicsergést. Figyeld, mennyire önfeledten tudnak örülni nyúlfarknyi életüknek a kinti teremtmények.
 - kimerültség fáraszd ki magad tornával, szaladással, brinzázással. Amíg szívedet kiugrani véled mellkasodból!
- Miután kipróbáltad mindeme lehetőségeket, alkoss magadnak műsort egy sor olyan műfogásból, amelyek esetekben beváltak. Újabb önsértő kísértés esetén azokat ismételd el. Többször is ha szükségét érzed!

Ha ötleteim hatástalanok maradnának, tervezz magadnak testre szabottakat, amelyek levezethetik önsebző indulataidat, magabiztosabbá, nyugodtabbá, teljhatalmúbbá

fognak tenni. A sikerélmény a tiéd lesz! Rádöbbsz: a többieknek szüksége van rád. Nagy szüksége!

Alapállásod kell legyen az a tudat, hogy rossz közérzetet a kiváltó ok szűntével egy optimistább világszemlélet válthatja fel. Közepes vagy nagyobb fokú depresszió csak ritkán múlik el magától. Ilyenkor kell az orvos vagy pszichológus segítsége. Szégyenbélyeg helyett dicsekedj: neked is van pszichiátered, pszichológusod! Semmiképp se azon lamentálj, hogy íme, neked depressziód van! Nem kell önzővé, mások gondjai iránt közömbössé válnod. A depresszió is, betegségek zöméhez hasonlóan gyógyítható. Lényeges követelmény: ismerd fel! És kezeld! Adj esélyt életednek. Ki esélyt nyer, életet nyer!

Ha követésre érdemesnek találnád ötleteimet, ha ki szeretnél lépni ebből a zsákutcából, akkor eszelj ki (Te egy ÉSZLÉNY vagy, nemde?!) egy olyan stratégiát, amellyel kilábalhatsz depressziódból, ismét megtalálhatod az életöröm érzését.

Gyakorlati tanácsaim?

1. Életednek adj éveket!

Kezd el azzal az önmeggyőző ténykedéssel, hogy letaglózó „lustaságod”, érdektelenséged, nemtörődömséged, odanemfigyelésed, zárkózottságod, visszahúzódottságod forrását a depressziód táplálja. Negatív varázskör alakul köröd: a tehetetlenség depressziódat fokozza, az meg a tehetetlenségedet izmosítja. Lépd hát át e kör vonalát: kezdjél el ismét élni! Ez jelenti majd számodra azt a mesebeli hétmérföldes csizmát, amellyel kijuthatsz depressziód elátkozott királyságából és sárkánya nélkül hagyod annak hét fejét! Tedd ezt ötször kimért hétmérföldes lépésekkel:

a. Tájéld be azokat a megszokott napi ténykedéseidet amelyeket újrakezdhetsz. Melyek voltak kedvenc – nem gályarabságnak érzett – időtöltéseid?:

- séta, zene, film, olvasás, különböző játékok, internet stb.
- megszokott napi kedvenc tevékenységeid: reggeli kávéfőzés, kozmetikázás, elmosogatás, öltözködés,
- nem éppen kedvelt, de szükséges apró munkák: takarítás, bevásárlás, főzés,
- kapcsolattartás barátokkal: látogatások, levelezés, telefonálások.

b. Válassz ki magadnak 2-3 olyan tevékenységet, melyek elmaradása miatt régebben bosszankodtál.

c. Tűzz ki magadnak egy reális célt: ama 2-3 tevékenységet körvonalazd pontosan, mit szeretnél azokból holnap teljesíteni. A reális azt jelenti, hogy aznap ne tűzz ki számodra a másnapra még megvalósíthatatlannak tűnő feladatokat. Csak egy újabb csalódást eredményezne. Pl. főzök mindennap, 10-től 11-ig sétálok, látogatásokat vállalok, este megnézek egy filmet.

d. Valósítsd meg a kitűzött feladatot! Jegyezd füzetedben mit valósítottál meg, mi maradt el, mennyire örültél vagy bánkódtál ezek miatt, hányszor kellett segítséget kérned, mennyire érezted magad szomorúnak vagy vidámnak? (1-10-es skálán!).

e. Értékelj újra a kitűzött célt annak függvényében, hogy

mennyire volt nehéz vagy könnyű azt elérni. Ne siesd el az újabb feladatok betervezését vagy a jelenlegiek fokozását: esetenként ismét elmaradhatnak a sikerélmények!

2. Gondolkozz reálsan: ne értékeld alul de fölül sem önmagad. Tekints a jövőbe, tervezz elérhető célokat. Ezzel már megteheted a kezdő lépéseket:

- a. Ismerd fel depressziós gondolataidat.
- b. Helyettesítsd azokat derűlátóbbakkal.
- c. Léptesd életbe saját, újonnan kiagyalt életszemléleted. Maradj meg realitásnak és magabiztosnak.

3. Keresd problémáid valós megoldásának lehetőségeit:

Azok napról-napra gyűlnek, szaporodnak, lassan elnyelnek téged. Lavina-jelenséggel küzdesz! Vedd elő naplódát és jegyezd:

a. Különíts el egyetlen megoldásra váró feladatot: találd meg annak korlátait és lehetőségeit. Fontos az elkülönítés mikéntje!

b. Lehetőségeid függvényében dönts el, melyik lenne a jobb megoldás a kivitelezésére. Ne ugorj kettőt egy helyett, de ne is visszakozz! Bízzál abban, hogy megoldható. Gondolj egy tartalék megoldási lehetőségre is.

- c. Elemezz és döntsél.
- d. Kezdd el a feladat megoldását.
- e. Értékeld a megoldást és vond le a következtetéseket.

f. Haladj tovább az úton, ameddig csak teheted: olyan életpasztalatot szereztél, amely mások megsegítésére is képessé tesz. Örömmel segítesz majd. Más emberré váltál, óvatosan és bölcsen fogsz cselekedni hasonló helyzetekben. Rájössz egy alapigazságra: az Élet egyik alapmotívuma a megértés és elfogadás!

Miért nehéz a családorvosok számára a depresszió felismerése? [7]

Sajnos, nemcsak számukra nehéz, esetenként a képzett elmeorvosoknak is az. Íme néhány ok a sok közül:

- az orvostanhallgatók hiányos elmeorvosati képzése,
- időhiány az alaposabb kórisme felvételéhez,
- az az általánosan elterjedt hiedelem, mely szerint bizonyos élethelyzetekben a depresszió egy normális viszonyulás,
- a kórisme felállításának szándékos elkerülése, nehogy stigmatizálják a beteget,
- atípusos kórképek,
- a depresszió együttes előfordulása szorongásos és leépülési kórképekkel.

Nem hagyható figyelmen kívül az a tény sem, hogy az orvoshoz fordulóknak több mint fele nem említi orvosának nyomott hangulatát vagy más, depresszióra utaló tünetét.

MIT TUDUNK TENNI EZUTÁN?

- előzzük meg amit tudunk,
- kezeljük azt, amire van lehetőségünk,
- gyógyítsuk meg azt, amit megtudunk gyógyítani,
- alkalmazzunk palliatív kezelést, mindahányszor szükségeltetik.

Depressziósok szomatikus tünetei [4]:

- nyugtalanság vagy gátoltság,
- alvászavarok,
- a hangulat napi ingadozásai,
- étvágy zavarai,
- fogyás vagy hízás,
- libidó csökkenése vagy megszűnése,
- kínzó fejfájás,
- gerinc és ízületi fájdalmak,
- száraz bőr, gyors szívverés, székrekedés, gyakori vizeletelés és székelési inger, viszketés.

A páciensek rendszerint szervi panaszait adják elő, gondosan kerülve azokat, amelyek, érzésük szerint pszichés eredetre utalnának. Másfelől, az orvos sem igazán szeretne olyanokra bukkanni, amelyeket nem tud valamely diagnosztikus rekeszbe besorolni, kezelését javasolni. Ha mégis olyan tünetek kerülnek felszínre, melyeknek nem találja szervi okát, könnyedén hipokonder személy velejárájának vagy neurózisnak címkézi fel.

Henkel szerint e panaszok egy atípusos, larvált depresszió tünetei, melyeknek fel nem ismerése részben magyarázhatja a depresszió alulkórismézését.

Hogyan ismerhető fel a larvált depresszió?

- rendszerint jelen vannak a búskomorság tünetei. Rá kell kérdezni azokra!
- a larvált depressziót rendszerint remmitens-intermittens lezajlás jellemzi,
- előfordulhat tipikus depressziós tünetekkel együtt,
- a családi anamnézisben vannak depressziós családtagok,
- az antidepresszáns kezelés javulást eredményez,
- idős betegeknél gyakoribb az előfordulása, ám sokszor elfedik a kísérő szervi panaszok.

Különös figyelmet igényelnek: nincsenek beoltva az öngyilkosság ellen! Az öregek nem fenyegetőznek, nem teketóriáznak: halálos biztonsággal lépnek ki életükből!

Egyhangú a vélemény: a depressziósok zömét már a családorvosok kellene felismerjék, a könnyű és közepes súlyosságú betegek kezelésére is hivatottak. Tudni kell: a közepes súlyosságú kórformák gyakran súlyossá válnak, ezért felismerésük, kezelésük szakmai követelmény!

Depressziós páciensek szuicid készletének felderítése:

- figyelni a rizikótényezők meglétére, azok intenzitására, időbeni kifutásukra, gyakoriságukra:
 - a. hiábavalóság vagy halálvágy érzése,
 - b. büntudat jelenléte,
 - c. a jövőre kivetített kilátástalanság érzése;
- keresni a depresszió szomatikus tüneteit:
 - a. étvágy zavarai fogyással vagy hízással,
 - b. alvászavarok,
 - c. energia szintjének csökkenése;
- túlzott droghasználat vagy függőség (alkohol, cigaretta, lágy vagy kemény drogok): rákérdezhetünk kerülő mondatokkal (bizonyos szerek használata befolyásolja-e napi tevékenységét?), vagy célzottan (mennyit fogyaszt naponta?);
- idült, nehezen gyógyuló vagy gyógyíthatatlan, esetenként stigmatizáló (AIDS) betegségek. Főként az idős betegekre jellemző tényezők ezek, akiknél a betegség megünása társul a szellemi és fizikai képességek csökkenésével;

- személyes tragédiák. Főként tini és fiatal korban járványserű öngyilkossági hullámot indíthatnak el [3].

Hogyan rakható össze a családorvosi gyakorlatban a veszélyeztetettség felbecsülésének puzzle-képe? [1, 2]

A szuicid veszély felbecsülése nem egy behatárolt tudomány. Nincsenek tökéletes kóriszmézési lehetőségeink. Célunk a veszélyeztetettség azonosítása a beteggel való beszélgetés során, majd a választandó beavatkozási mód megtalálása. Ha sikerül saját szorongásunkat legyőzni, megtalálni az empátiás hullámhosszot, a páciens szívében, nyitottabban beszél önmérsztő gondolatairól. Falcs hit mondatja sokunkkal: az öngyilkosságról való beszélgetés begerjesztheti a cselekvést. Nem így van! Az egyik legeredményesebb fékező erejévé válik. E megfigyelésre alapszik részben az SOS telefon-szolgálatok működése is.

Rendkívüli értéke van az elkövetési gondolat határozott kinyilatkoztatásának. Ez esetben fokozottabb a veszély. Nekünk kell eldönteni mennyire magas a veszélyeztetettség szintje. Ennek skálája a meghalás vágyától a már kész kivitelezési tervig terjedhet. Ilyenkor rá kell kérdezni:

a. Van már egy terve a kivitelezésre? A válasz határozottsága vagy ambivalens módja használható értékelési alap. Mennyire részletesen tervezte el? A részletek tobzódása perdöntő. Ha azzal válaszol, hogy palacknyi rovarirtót dugott el a pincében, megvárja míg a házban mindenki elalszik, majd lemegy és megissza az egész palacknyi szert, akkor biztosra akar menni, győződjünk meg szándékáról!

b. Biztosan halálos a választott módszere? Akasztás, vonat elé ugrás, emeletről való kiugrás, lőfegyver használata, kútba ugrás komoly és többnyire biztos döntés jele. Fájdalomcsillapítók, SSRI antidepresszánsok bevétele inkább figyelemfelkeltést, segítségikolyt jelezhet számunkra. DE, és erre nagyon kell figyelni: néha az akasztott is megmenekül, máskor a gyógyszerest is elveszítjük! Minden esetben sürgősségi beavatkozást igénylő emberek ülnek velünk szemben!

c. Mennyire elérhető a választott módszerhez szükséges eszköz, szer? (lőfegyver beszerzése, magasságiszonyban szenvedő kiugrása, klausztrofóbiás kútbaugrása stb.).

Az öngyilkos halálozás tragikus lehetősége a megelőzhető halálozásnak. A beteggel való párbeszéd a veszélyeztetettség felderítésének legsikeresebb lehetősége. A krízisben levő személy meggyőzhető a segítség lehetőségéről. Olyan kiutakat találhatunk e beszélgetések során, amelyekre, beszűkült tudatállapotában, farkasvakságával ő nem találhatott reá. Tudom és állítom: nem tudunk mindenkit visszatántorítani tervétől de támogató magatartásunk, segíteni akarásunk az esetek többségében sikerélménnyel jár.

Emlékeztető három állításra:

- tévhit mondatja azt, hogy ne beszéljünk a beteggel az öngyilkosságról,
- előző kísérletek vagy családi halmozódás fokozottabb veszélyt jelentenek,
- részletes terv, könnyű elérhetőség magasabb rizikófaktort jelent: azonnal közbe kell lépni!).

Mi a teendő ha egy depresszió gyanús beteggel találjuk szemben magunkat?

- kóriszméznünk kell a betegséget,
- fel kell becslnünk a szuicid veszélyt,
- döntenünk kell: otthoni vagy kórházi kezelést javallunk,
- bíráljuk el ha dolgozni akar vagy betegszabadságot szeretne kieszközölni,
- tudatosítanunk kell betegben, hozzátartozóban a rendszeres és kitartó kezelés szükségességét,
- fel kell világosítanunk hogy az alkohol és ajzószeres nem segítik a gyógyulást,
- döntenünk kell: gyógyszeres, pszichoterápiás, elektrosokk vagy kombinált kezelést indítunk el,
- tudassuk a beteggel: a várt eredményeket megelőzik a nem várt mellékhatások,
- biztosítsuk számára a fenntartó kezelést,
- tanácskozzuk meg a beteggel és hozzátartozóival a munkába, családi életbe való normális visszaállás várható idejét,
- vázoljuk a visszaesés elkerülésének stratégiáját [5].

Az öngyilkossághoz fűződő tévhitek:

- az öngyilkosság elkövetését tervező személy nem beszél tervéről,
- a preszucidális szindróma krízisintervenciót követő enyhülése az öngyilkossági veszély megszüntét jelzi,
- az enyhe kísérlet csak a környezet zsarolását célozza és nem jelent valódi veszélyt,
- nem szabad tettéről beszélni az elkövetővel,
- az elkövetők zöme a rossz anyagi helyzetűek közül kerül ki,
- a legveszélyeztetetebb korosztály a fiataloké,
- az öngyilkos. magatartás genetikailag kódolt.

Záró gondolatok

Don Quijote egykoron reménytelenül vette fel harcát a szelmalmok ellenében. Ma, tudósok, kutatók, gyakorló orvosok hada szenteli életét az öngyilkossági jelenség mozgatórugóinak megismerésére, az öngyilkossági kísérlet és halálozás visszaszorítására. Előreszökkenésekkel, visszacsúszásokkal tarkított sziszifuszi munkára vállalkoznak, hiszen, eddigi tapasztalatunk alapján, kisebb időközöktől eltekintve, az öngyilkossági jelenség előre behatárolt ív mentén halad röppályáján.

Új idők más céljait kergető nyakigláb alakjai vagyunk egy, még megíratlan regénynek. Mégis: tesszük amit tennünk kell. Keressük a fényt alagutunk végén. Munkánkat így kell végezni. Életünket csak így szabad élni!

Irodalom

1. Bagi Ildikó – *Az öngyilkosságot megkísérelt személyekkel kapcsolatos történések alakulása tettük után egy évvel. Szendélybetegségek*, 1999. 2. szám: 118-122. old.
2. Henkel V., Mergl R., Coyne J.C. et al. – *Depression with atypical features in a sample of primary care outpatients: prevalence, specific characteristics and consequences*. J Affect Disord. 2004;83, 237-242.

3. Kálmánchey A. – *Kik és milyen okokból kíséreltek meg öngyilkosságot Debrecenben, 1993-1995 közötti megfigyelések.* Szenvedélybetegségek, 1999. 2; 92-107.
4. Marusic A., McGuffin P. – *Interplay of genes and environment as contributory factors in suicidal behaviour.* In K. Hawton: *Prevention and treatment of suicidal behaviour*, Oxford University Press, 2005.
5. Oquendo M.A., Malone K.M., Ellis S.P. – *Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior.* Am. J. Psychiatry, 1999, 156 (2), 190-194.
6. Veress A. – *Unele aspecte epidemiologice, clinice și terapeutico-profilactice ale suicidului în județul Harghita (1990-1996).* Doktori értekezés, Marosvásárhely, 1998.
7. Williams J.W., Pignone M., Ramirez G., Stellato C.P. – *Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instrument.* Gen Hosp Psychiat. 2002;24:225-237.
8. *World Health Statistics Annual 1988-1990.*